MENENGITE A PNEUMOCOQUE :

I. *Définition :*

- *Toxi-infection non contagieuse, non épidémique, due à la localisation et la multiplication des PNEUMOCOQUES (streptocoque pneumonia) dans le méninge et l'espace sous arachnoïde*

II. *Epidémio :*

- *25-30% des méningites purulentes bactériennes en 2ème position après les méningites à méningocoque.*
- *Affecté grave au pronostic redoutable surtt lorsqu'elle survient à âge extrême avec taux élevé de mortalité.*
- *Pose un problème de récidive lorsqu'il existe une brèche ostéoméningée post-traumatique ou malformation.*
- *Sujets prés disposés : IC, IR chronique, diabétique, sérotique, splénectomies, IMD, sd néphrotique chez l'enfant.*
- *La prévention s'impose par la vaccination*
- *Diminution de sa sensibilité aux Pénicillines au voie de résistance → C3G*
- *PE : ORL, hématogène*

III. *Bactério :*

- *Cocci gramme positif, diplocoque en flamme de bougie.*
- *Possède une capsule qui résiste aux attaques des multiplications et cellule synthèse réticulo-endothélial, cellule synthèse du compliment*

IV. *Physio-path :*

- *Diffusion par voie hématogène : foyer viscéral (pulmonaire), contigüité : foyer ORL*
- *Se rencontre à tte âge mais surtt sur les terrains particuliers (ATCD méningite, infection ORL, IMD, asphyxique, brèche ostéo-durale, déficit en IgG)*

V. *Clinique : « forme commune de l'enfant » :*

- *présence une infection ORL le plus svt (otite, sinusite) marqué par :*
  - ❖ *malaise générale, céphalées vifs, VMT, constipation parfois diarrhée, trouble de la conscience et convulsions*
  - ❖ *contexte fébrile 39°,40° avec AEG*
  - ❖ *EC : normale parfois une discrète raideur de la nuque*
- *Phase d'état : installation au bout de 2jrs :*
  - ❖ *Signe d'infection sévère : Fièvre 40°, AEG, oligurie, hypo TA, pouls accélérés en rapport avec la température*
  - ❖ *Syndrome méningé :*
- ***SF :** céphalée intense en casque rebelle aux antalgiques, VMT facile en jet, constipation/diarrhée.*

- ***SP :*** *contracture méningé, hyper esthésie cutanée, attitude chien de fusil, raideur de la nuque, signe de BRUDZINSKI, signe de KERNIG*
- *troubles vasomoteurs (alternance rougeurs et pâleur de visage)*
- *accompagne très svt et de façon précoce de **troubles encéphaliques+++ :** (obnubilation → coma, paralysie des nerfs crâniens +++ et trouble végétatives)*
- *On recherche : herpès labial, PE (ORL+++)*
- ***PL :*** *trouble à PN altéré hyperprotéinorachie et hypoglycorachie*
- ***TDM cérébral***
- *Evolution :* ***s/trt :*** *favorable, guérison en 24-48H, sd méningé persiste qq jrs, t.conscience se rétablit en qq semaines, le LCR se rénitialise en 24H et se normalise au 1-2 semaines et l'EEG en 2mois* ***sans trt :*** *fatal (mort)*

VI. Complications : « mécanique et/ou neurosensorielles »

1) *Cloisement méningé : suspecté devant la persistance des signes méningé ainsi que les trbl de conscience,* ***PL :*** *dissociation albumino-cellulaire*
2) *HIC : précoce due à l'œdème méningé, suspecté devant la reprise de la F°, céphalée, VMT, bombement de la fontanelle ant chez le NRS,* ***FO :*** *œdème pupillaire,* ***IDM :*** *fait pour éliminer une processus extensif.*
3) *Hypolysie intracranien : due à des trbl hydro-électrolytique (obnubilation, AEG avec déshydratation)*
4) *Epanchement sous dural : suspecté devant la F°, signes méningé et t. conscience,* ***PL :*** *dissociation albumino-cellulaire, MEE par echo trans-fontanellaire mais c'est la ponction des deux angles fontanelles ant qui confirme le dg (liquide hématique scartochiaque incoagélable)*
5) *Neuro-sensorielles : séquelles : retard psycho-moteur, crise d'épilepsie, CVL, imprévisible à type de surdité définitive, cécité,*

VII. Formes cliniques :

1) *Selon la gravité : « forme méningo-encéphalique » : méningite à pneumocoque associé des t.conscience, CVL, paralysie des nerfs crâniens t.neuro-végitative*
   - ***EEG :*** *souffrance cérébral diffuse*
2) *Selon l'âge :*
   a- *Forme de NRS : hypotonie, t.vaso-moteur, t.respiratoire, ictère, hyper T°,* ***abs de la raideur de la nuque++****, refuse de la téter, hyprésthesie cutanée généralisé, t.vaso-moteur, fontanelle bombant*
   b- *Forme des âgés : t.psychiatrique, F° 40°*
   c- *Formes d'adulte : sévère → mortelle, fréquences des séquelles*
3) *Selon l'évolution :*
   a- *Forme décapité : traité déjà par ATB en parallèle*
   b- *Forme récidivant : 90% des méningites à pneumocoque, d'où la nécessité de rechercher systématiquement une brèche ostéoméningé suite à traumatisme et malformation,* ***TDM cérébral à coupe très fines :*** *traumatisme isotypique de LCR*

VIII. *Dg +if :*

1) *Anamnèse :* *germe ubiquitaire de transmission interhumaine non contagieuse et non épidémique, **PE :** ORL ou brèche ostéoméningé et le **terrain :** âge extrême, pathologie s/jacente, ATCD de méningite/récidive*
2) *Clinique :* *affection des voies respiratoire sup ou inf, surinfection de début brutal, sd méningé et trbl encéphaliques et vaso-moteurs, présence des complications mécanique ou neurosensorielle*
3) *Biologie :*
   a- *PL :* *LCR à **aspect:** purulent peut être claire au début, **cyto :** hyper leucocytose à PN altéré > 500éléments/mm3 **Bioch :** hyperalbuminorachie > 1g/l et hypoglycorachie*
   b- *Examen direct :* *cocci gramme +if en flamme de bougie groupées en pâmes dispersés en courte chaines, encapsulées, anaérobie facultative sa culture : gélose de sang.*
   c- *CIE :* *recherche des AG solubles en cas d'LCR stérile (décapité)*

IX. *Dg =/=iel :*

1) *Avant la PL :*

a- *NRS :*
- *gastro entérite fébrile*
- *convulsion hyperthermique*

b- *Enfant :*
- *Mal de pôt*
- *Infection traumatique*
- *Méningisme {il s'agit d'un Paludisme, PFLA, typhoïde, mais le siège clinique des méningites avec LCR normal}*
- *Tumeurs cérébrales*

2) *Après PL :*

a- *LCR claire++++ :*
- *Méningite bactérienne à son début ou décapitée*
- *Méningite virale*
- *Méningite encéphalo-tuberculeuse → urgence*
- *Méningite hésteriènne → urgence*
- *Méningite herpétique → urgence*

b- *LCR purulent :*
- *Méningite à méningocoque*
- *Méningite à hémophiles influanza*
- *Méningite à BGN de NN et d'autres méningites bactériennes*

c- *LCR hémorragique :*
- *PL traumatique des hémorragies méningées*

X. *Traitement :*

1) *Spécifique : ATB :* pdt 21jrs

a- *Beta lactamate :*

- ***Amoxicilline :*** *200-300mg/kg/j répartie en 3à4 perfusions → enfant*
  6-12/j répartie en 3à4 perfusions → adulte
- ***C3G :***
  - *Céfotaxime (claforon) : 200-300mg/kg/j répartie en 3à4 perfusion → enfant*
    8-12 g/j répartie en 3à4 perfusion → adulte
  - *Céftriaxone (rocifine) : 50-100mg/kg/j répartir en 1à2 perfusion → enfant*
    2-4 g/j répartie en 3à4 perfusion →adulte

b- *Phenicolé :* *(en cas d'allergie)*

- ***Cloromphénicole :*** *50-100mg/kg/j répartie en 3à4 perfusions → enfant*
  3-4 g/j répartie en 3à4 perfusions →adulte
- ***Thiophénicole :*** *60mg/kg/j répartie en 3à4 perfusion →enfant*
  3-4 g/j répartie en 3à4 perfusion → adulte

c- *Sulfamide :*

❖ *Indication limité*
- ***Cotrimoxazole*** *: bactrium*
- *Ampoule → 400-80 mg*
- *Ampoule →800-160 mg*
- *6mg/kg/j → enfant*
- *2 ampoules 2fois par jour →adulte*

d- *Quinolone :*

❖ *Contre indiqué chez l'enfant < 15ans*
- ***Pefloxacine :*** *ampoule 800mg 2/j perfusion lente*
- ***Oflaxacine :*** *flacon 400mg 2/j → CI chez la femme enceinte*

e- *Glycopéptide*

❖ *Mal pénétration la BHE*
- ***Vancomycine :*** *40-60 mg/kg/j répartie en 3à4 perfusion →enfant*
  1-2 g/j répartie en 3à4 perfusion → adulte

2) *Symptômatique :*

- *Anti convulsuvant en cas de convulsion*
- *Corticothérapie à courte durée (2à4jrs) : déxaméthasone*

❖ *{ 0,15mg/kg/j 4fois/j } →enfant et { 10mg/j 4fois/j } → adulte*
- *Chururgie (brêche, surméningé, drainage, ponction)*

3) *Prophylactique :*

- *Trt de la porte d'entrée*
- *Vaccination anti pneumococcique :*

❖ *Pneumo 23 INOMAX (ampoule 0,5ml sous cutanée ou IM) → rappeles tte les 5ans*
❖ *Prévinax (NRS < 2ans)*